

В качестве топографических ориентиров для идентификации LV и последующего поиска ППС, при переднем доступе можно использовать либо межкостевую плоскость (ориентировочно уровень LV), либо такие легко обнаруживаемые структуры, как место слияния правой и левой общих подвздошных вен (ориентировочно уровень межпозвонкового диска LIV–LV) и бифуркацию аорты.

Чаще всего бифуркация аорты (БА) определяется на уровне LIV (в 83%), а, точнее, — на уровне его краниальной половины в 45 %, каудальной — 38 %, на уровне межпозвонкового диска LIII–LIV в 10 % и LIV–LV — 4 %. Правда, по другим данным, БА на уровне LIV определяется реже — в 67 %. При этом проблемы с использованием БА в качестве ориентира обычно если и возникают, то чаще всего, в связи с наличием, так называемых переходных позвонков — например, при люмбализации. Тогда БА обнаруживается на уровне каудальной половины LIV и намного реже — в области краниальной половины LIV и межпозвонкового диска LIV–LV. По другим данным, в аналогичной ситуации БА обнаруживается на уровне тела LIV в 40 % и на уровне межпозвонкового диска LIV–LV в 33 % случаев. Впрочем, вариабельность положения БА не является основанием для отказа от ее использования в качестве топографического ориентира хотя бы потому, что она без проблем визуализируется. По данным нашего исследования БА у пациентов определялась на уровне, совпадающем ориентирам, соответствующими LIV во всех случаях.

Нельзя забывать и еще про один ориентир, который также может быть использован для идентификации LV — это передний край SI, обычно заметно выступающий в верхнюю апертуру таза (мыс крестца). Данная структура также выявляется без особых трудностей при сагиттальном сканировании.

В целом пространственное положение ППС взаимосвязано с размером и положением LV в тазу: если LV располагается низко в тазу, то связка оказывается более длинной, располагаясь под углом; если же LV располагается высоко в тазу, то связка оказывается более короткой, а ее положение более горизонтальным [3].

#### **Заключение**

Использование различных доступов и ряда топографических ориентиров (надгребневой плоскости, межкостевой плоскости, бифуркации аорты, места слияния правой и левой общих подвздошных вен, а также мыса крестца) позволяет практически во всех случаях визуализировать ППС. А это означает, что метод может успешно использоваться не только для обнаружения изменений ее структуры, но и, например, для избирательного введения анестетика в ППС при проведении диагностического теста либо при пролотерпии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Юрковский, А. М. Экспертиза подвздошно-поясничной связки при синдроме боли в нижней части спины / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 3. — С. 106–110.
2. Миронов, С. П. Поясничные боли у спортсменов и артистов балета: патология пояснично-подвздошной связки / С. П. Миронов, Г. М. Бурмакова, А. И. Крупаткин // Вестник травматол. ортопед. — 2001. — № 4. — С. 14–21.
3. Юрковский, А. М. Подвздошно-поясничная связка: анатомический базис для лучевого диагноста / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 4. — С. 84–89.
4. Harmon, D. Sonoanatomy and injection technique of the iliolumbar ligament / D. Harmon, V. Alexiev // Pain Phys. — 2011. — Vol. 14, № 5. — P. 469–474.
5. Maigne, J-Y. Trigger point of the posterior iliac crest: painful iliolumbar ligament insertion or cutaneous dorsal ramus pain? / J-Y. Maigne, R. Maigne // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1991. — Vol. 72. — P. 734–737.

**УДК 140.8:614.253**

## **К ВОПРОСУ СУЩНОСТИ И ФОРМИРОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

**Ющенко Ю. П., Шарбенко Т. В.**

**Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»  
г. Полтава, Украина**

#### **Введение**

Динамике развития современного общества присущи быстрые и глубокие изменения во всех сферах жизнедеятельности человека — в науке и технике, экономике и политике, образовании и культуре и т. д. В связи с этим актуальным становится вопрос о подготовке высококвалифицированных, качественно подготовленных и конкурентоспособных профессионалов в разных отраслях, соответственно и в медицине. Каким сегодня является врач? Каким он должен быть завтра? Эти вопросы волнуют не только медицинский персонал, но и все общество. Современные преобразования в обще-

ственной жизни обусловили рост требований к качеству профессиональной деятельности врача, ее направленности, интенсивности и эффективности. В образе врача нашли отражение как историческая динамика медицинской науки и врачебной профессии, так и сложные глобальные изменения, связанные с информатизацией и либерализацией культуры, что изменяет характер врачебной деятельности, ее организацию, нравственно-правовое содержание [1, С. 3]. Исходя из этого, возрастают внимание и требования к системе высшего медицинского образования. Ведь именно система образования как один из самых важных социальных институтов способна реагировать на вызовы времени и склонна к развитию в соответствии с целями и запросами общества с разработкой и внедрением высоких технологий.

Как свидетельствуют результаты научных трудов большинства современных исследователей, несмотря на значительный интерес к формированию методологических знаний и культуры врача, в научной литературе недостаточно знаний о роли и месте методологической культуры в процессе профессионального становления личности врача; данная проблема не имеет системного и целостного решения как на уровне теории, так и в практической плоскости поиска условий и технологий организации образовательно-воспитательной среды в медицинском вузе.

Мы считаем, что вопрос о формировании методологической культуры сегодня очень актуален, так как высокий динамизм жизни, быстрое ее обновление требует от человека умения так же быстро переучиваться и получать новые знания. А это невозможно без методологической подготовки, без формирования логико-мыслительного аппарата.

### *Цель*

Теоретическое определение содержания методологической культуры врача, особенности ее формирования в процессе профессиональной подготовки и социализации в социокультурной среде высшего медицинского учебного заведения.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Следует отметить, что содержание, объем и место понятия «методологическая культура» в системе других понятий в философии медицины остается неопределенным. Одна из главных причин такого отношения к интерпретации методологической культуры заключается в традиции отождествления методологии и философии, методологической культуры с философской культурой, сложившейся в отечественной науке XX века.

Сегодня существуют разнообразные подходы к пониманию сущности методологической культуры. Некоторые исследователи рассматривают ее как важную составляющую профессиональной культуры врача, которая с одной стороны характеризует его профессионализм, уровень профессионального развития, с другой — является интегративным образованием в профессиональной структуре личности врача, направляет его личностное и культурное развитие в профессиональной сфере, проявляется в способности к рефлексии медицинского процесса и собственной профессиональной деятельности, основывается на знании медицинской теории.

В своем исследовании методологическую культуру врача мы рассматриваем как целостное многоуровневое и многокомпонентное образование в структуре его личности, интегрированную личностно-профессиональную характеристику, которая содержит определенный объем медицинских знаний, владение методами и методологией научного познания, умственную деятельность в режиме методологической рефлексии, развитые способности критического анализа окружающей действительности, систему интериоризированных медицинских и общечеловеческих ценностей, которые определяют профессиональное сознание и детерминированы свойствами интегральной индивидуальности.

Методологическая культура врача — это и широта его мировоззрения, и профессиональное мастерство, и медицинский опыт. Методологическая грамотность обеспечивает успешность решения диагностических задач, позволяет занимать активную профессиональную позицию. Использование методов познания и практики рационализировать познавательную и практическую деятельность, обеспечивает результативность. Современный врач должен реализовать в своей профессии развитое клиническое мышление, этическую компетентность, готовность не только диагностировать и лечить, но и брать ответственность за решение многих других задач.

Формирование методологической культуры студентов-медиков — одна из приоритетных задач системы высшего медицинского образования. Преподаватели высших медицинских учебных заведений сегодня активно внедряют новые педагогические технологии для подготовки будущих врачей, направленные на формирование гармонично и всесторонне развитой личности, на рост творческой активности и самостоятельности студентов. Речь идет о разработке новых концепций обучения, ориентированных на интеллектуальное и высоконравственное развитие будущего врача, формирование его позитивных качеств, достойного уровня методологической культуры, поликультурной компетентности, способностей к самообучению и мобильности в профессиональном отношении.

Как известно, между медицинской теорией и медицинской практикой существует неразрывная связь. Следовательно, существует необходимость в методологическом обеспечении не только теоретических поисков, но и практической деятельности студентов. Деятельность врача-практика осуществляется на методологической основе. Этим и объясняется необходимость привлечения будущих специалистов медицинского профиля к научно-исследовательской работе (написание рефератов, подготовка научных докладов), что будет способствовать формированию у них навыков научного анализа, овладению медицинской методологией. Такие знания и навыки становятся фундаментом, на котором строится вся профессиональная деятельность врача. Прочность этого фундамента является решающим критерием качества подготовки медицинского работника. Важная роль в этом сложном процессе принадлежит и социально-гуманитарной подготовке студентов как составляющей их профессионального образования.

Следует подчеркнуть, что необходимым условием формирования методологической культуры является становление у студента-медика потребности актуализации в профессии как первоочередной. Самоактуализация достигается в результате соответствия профессиональной деятельности жизненному идеалу, в возникновении на основе интериоризации социально-профессиональных норм и ценностей внутренней ответственности и преобразовании ее в социальное качество личности. Результатом самоактуализации должно быть формирование такого мотива, как удовольствие от результатов профессиональной деятельности, формирование смысла жизни на основе ценностей профессиональной культуры. Как говорил И. С. Кон «Найти себя — значит, найти свое место в жизни, выбрать из громадного множества возможностей и форм деятельности те, которые максимально соответствовали бы твоей индивидуальности» [2, С. 165].

Итак, не претендуя на полноту и исчерпанность освещения данной проблемы в рамках нашей работы, следует констатировать, что методологическая культура является важным элементом профессионализма будущего врача, определяет адекватность восприятия им профессиональной действительности, способность к организации творческого подхода к медицинской деятельности на научных принципах, способность к самоанализу и самоактуализации. Эффективное решение задачи формирования методологической культуры врача, обоснование эффективных путей ее развития возможны на основе комплексного подхода к обозначенной проблеме и обобщения результатов теоретических исследований на стыке медицины, философии науки, деонтологии и этики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковелина, Т. А. Образ врача в культуре: дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.13 / Т. А. Ковелина. — Ростов н/Дону, 2006. — 296 с.
2. Кон, И. С. Социологическая психология / И. С. Кон. — М.: Воронеж, 1999. — 273 с.

УДК 618.14-006.6-06:616-0.08.

### ФАКТОР МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ ICAM-1 В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ

*Яковлева В. Н., Принькова Т. Ю.*

Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### *Введение*

Рак тела матки (РТМ) является одной из самых актуальных проблем в онкогинекологии. В Республике Беларусь РТМ занимает второе место среди онкологических болезней женщин, уступая лишь раку молочной железы, и первое место — среди всей онкогинекологической патологии. За период с 2000 по 2014 гг. заболеваемость РТМ в Беларуси выросла на 51 % и составляет на сегодняшний день 34,6 на 100 тыс. женщин.

В настоящее время остается актуальным поиск наиболее значимых опухолевых маркеров для дооперационной оценки прогрессирования РТМ. Молекулы адгезии, участвующие в межклеточных взаимодействиях, вовлечены в прогрессирование опухоли и ее метастазирование. Одной из таких молекул является трансмембранный гликопротеин — ICAM-1, принадлежащий к суперсемейству иммуноглобулинов. В норме ICAM-1 экспрессируется клетками иммунной системы — Т-лимфоцитами и моноцитами, а также представлен на поверхности ряда других клеток, включая фибробласты, кератиноциты, эндотелиальные и эпителиальные клетки. Изменения уровня экспрессии молекулы ICAM-1 на мембране клеток наблюдаются при активации иммунной системы, воспалительных и опухолевых процессах. Повышенная экспрессия ICAM-1 может, как подавлять развитие опухоли, так и способствовать агрессивному опухолевому росту и усилению метастатического потенциала.